

El sistema sanitario en Catalunya. Estructura y funcionamiento actual y perspectivas futuras.

Lluís Bohigas Santasusagna

*Subdirector General de Planificació
Departament de Sanitat i Seguretat Social
Generalitat de Catalunya*

Joan Rovira Forns

*Departamento de Teoría Económica
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Barcelona
Avda. Diagonal, 690 - 08034 Barcelona*

**El sistema sanitario en Catalunya.
Estructura y funcionamiento actual
y perspectivas futuras.**

RESUMEN

El sistema sanitario catalán se encuentra en un periodo de transición y reforma. Este artículo realiza un análisis de la situación actual y de las tendencias y del proceso de cambio que se están desarrollando en el contexto de la aplicación de la Ley General de Sanidad de 1986, que están configurando los rasgos esenciales del sistema sanitario catalán en los próximos años.

**Catalan Health Care System.
Structure, Present Situation
and Prospects.**

ABSTRACT

The Catalan Health Care System is undergoing a period of transformation and reform. This paper analyses the present situation as well as the trends that emerge from the ongoing process of change, which is setting up the basic traits of the future Health Care System in Catalonia within the framework of the General Health Care Bill (1986).

El sistema sanitario en Catalunya. Estructura y funcionamiento actual y perspectivas futuras.

1. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN CATALANA

En líneas generales puede afirmarse que el nivel de salud de la población catalana es bueno, ya que los distintos indicadores muestran unos valores similares e incluso algo más favorables que los países de un nivel de desarrollo parecido y sistemáticamente superiores a la media española.

La esperanza de vida al nacer se ha estabilizado en los últimos años a un nivel ligeramente inferior a los 77 años, siendo superior para las mujeres —80 años— que para los varones —74 años—.

La mortalidad infantil se ha reducido sensiblemente en la última década, pasando del 17,1 por ciento en 1976 al 7,7 en 1986. En 1980 existía un diferencial de 2 puntos favorable a Catalunya respecto a la media nacional.

La distribución de las causas de muerte muestran una estructura propia de país desarrollado, ocupando el primer lugar las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas de los tumores, las enfermedades del aparato respiratorio y las denominadas causas externas, de las cuales la más importante es la accidentabilidad por vehículos de motor (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1986).

2. ESTRUCTURA DEL SECTOR SANITARIO

El Sector Sanitario catalán está formado por un conjunto de sistemas de provisión y financiación de servicios sanitarios que han surgido y se han desarrollado de forma relativamente espontánea e independiente, como resultado, bien de la iniciativa privada, bien de diversas medidas de política social.

La asistencia sanitaria de la Seguridad Social cuya gestión corre a cargo del Institut Català de la Salut (ICS) —el equivalente en Catalunya al INSALUD—, constituye el sistema de financiación y promoción de

mayor peso, puesto que cubre cerca del 95% de la población catalana y emplea a un total de 30.670 personas. El ICS presta su asistencia con medios propios, pero también —y en una proporción muy superior al resto del Estado— con medios ajenos, en base a conciertos con diversas instituciones públicas y privadas.

Existen varios colectivos, tales como los Funcionarios Civiles y Militares del Estado y de otras Administraciones Públicas, con regímenes de Seguridad Social propios, cuya organización y funcionamiento difiera en algunos casos sustancialmente del sistema de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. La Mútua de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), por ejemplo, presta su asistencia casi exclusivamente a través de medios ajenos; sus beneficiarios pueden elegir entre varias entidades de seguro de asistencia sanitaria privadas y el ICS la prestación de servicios, limitándose la MUFACE a pagar a la entidad elegida una suma anual fija por beneficiario.

Los Ayuntamientos son responsables de los servicios asistenciales de beneficencia, mientras que las Diputaciones Provinciales tienen a su cargo la mayor parte de la asistencia psiquiátrica.

Un 19,5% de la población catalana está cubierta por un seguro privado voluntario de asistencia sanitaria. Para la mayor parte de este colectivo —el 16,9%— el seguro voluntario constituye un nivel de cobertura adicional o superpuesto a la cobertura obligatoria de la Seguridad Social. Tan sólo el 2,5% tienen el seguro voluntario como cobertura exclusiva (Rovira, J. 1987).

Finalmente, existe un volumen considerable de actividad en régimen de ejercicio libre y pago directo. Según una encuesta de 1984, el 10,3% de los entrevistados declaraban haber pagado por este sistema su última visita al médico, y el 9,2% su última hospitalización. (Instituto DYM. 1984).

3. EL GASTO SANITARIO EN CATALUNYA

Estimaciones realizadas del gasto sanitario en Catalunya, lo sitúan en los años 1981, 1982 y 1984 en un porcentaje del PIB que varía —con tendencia decreciente— entre el 6 y el 5 por ciento aunque su valor absoluto en términos reales muestra una aparente estabilidad (Rodríguez, M. 1987).

El análisis de la distribución del gasto sanitario según diversos criterios permite hacerse una idea de la estructura del sector sanitario en Catalunya.

Atendiendo a las fuentes de financiación, se constata el predominio de la financiación pública, 73,2%, dentro de la cual destaca la apor-

tación de la Seguridad Social —60,2%—, aunque hay que tener en cuenta que el presupuesto global de esta última se nutre en parte de subvenciones a cargo de los Presupuestos Generales del Estado. (tabla 1)

Otro dato que merece ser comentado es el hecho de que el gasto sanitario supone el 40% del presupuesto de la Generalitat, lo que constituye uno de los factores que explica la relevancia del debate sobre temas sanitarios en la política catalana.

Si se atiende a la titularidad de los proveedores, el peso relativo de los sectores público y privado —58,7 y 41,3% respectivamente— varía sustancialmente respecto a la distribución de la financiación, resultando especialmente notable el moderado papel de la provisión por centros propios de la Seguridad Social —26,1%— si se compara con el peso que tiene en la financiación —60,2%—, lo que refleja la importancia que tiene en Catalunya la política de conciertos del ICS. (tabla 2)

La distribución económica del gasto pone de relieve la importancia predominante del capítulo correspondiente a personal.—61,8%—, frente al consumo de bienes y servicios —33,2%— y a las inversiones —5%—.

Finalmente, la clasificación funcional pone de manifiesto el carácter preponderantemente asistencialista y hospitalocentrista de la sanidad catalana y el papel residual que se asigna a las actividades de prevención y salud pública. (tabla 3)

Si pasamos a considerar el gasto sanitario privado de las familias, se observa que la partida más importante es la dedicada a medicamentos y otros productos farmacéuticos, que incluye tanto las adquisiciones propiamente privadas, como las aportaciones de los beneficiarios de los sistemas de cobertura públicos al pago de los medicamentos. Las siguientes partidas en orden de magnitud son el gasto en servicios de profesionales sanitarios extrahospitalarios y las primas de seguros de asistencia sanitaria. El gasto por persona en este último concepto supone más del doble de la media española, lo que confirma la especial importancia relativa de esta modalidad de asistencia en Catalunya. (tabla 4)

4. LA LEY GENERAL DE SANIDAD

La organización sanitaria del estado español se basaba en la Ley de Sanidad Nacional de 1944 y la creación del S.O.E. en 1942. No es hasta finales del año 1986 que se hace una ley general que remodela el sistema sanitario, adaptándolo a la situación presente. La Ley General de Sanidad adopta el modelo sanitario del Servicio Nacional de Salud, pero la adapta a la situación autonómica española, y crea el Sistema Nacional de la Salud, que estará formado por los diecisiete servicios regionales de la salud de cada autonomía.

Una vez establecida la filosofía general del sistema, la ley es muy ambigua en ciertos aspectos muy concretos. Una de las características básicas de un servicio público es que sea universal para todos los ciudadanos, y este sistema cubre solamente a los beneficiarios de la Seguridad Social y a los de la beneficencia, y propone la universalización como una meta a conseguir sine die. Por otra parte, la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social solamente está transferida en cuatro autonomías: Andalucía, Catalunya, Euskadi y Valencia, que es donde puede crearse un servicio de salud; en las otras autonomías coexistirán un Servicio Regional con competencia sobre la prevención y un Servicio Asistencial gestionado por el INSALUD.

La Ley diseña unos servicios regionales de salud basados en el área de salud como unidad básica de organización. Las áreas de salud concentran la gestión de todos los servicios públicos, tanto primarios como hospitalarios bajo un consejo de área y una gerencia. La integración de los servicios sanitarios de las administraciones locales en el Servicio Regional será solamente funcional y no patrimonial, con las dificultades que esto pueda originar. La parte de la ley que considera la organización sanitaria no afecta a Catalunya, ya que según el Estatut ésta es competencia de la Generalitat.

5. LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA EN CATALUNYA

El Estatut d'Autonomía de Catalunya establece las funciones de la Generalitat. Por lo que hace referencia a la sanidad cabe destacar las siguientes funciones:

1. Desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior.
2. Desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de Seguridad Social, con excepción del régimen económico de la misma.
3. Gestión del régimen económico de la Seguridad Social.
4. Ejecución de la Legislación del Estado sobre productos farmacéuticos.
5. Organización y administración de todos los servicios relacionados con las materias indicadas y tutela de las entidades del sector.

Los trasposos de competencias sanitarias del Estado a la Generalitat se iniciaron en la época preestatutaria con la Salud Pública (R.D. 2210/79 de 7 de Diciembre). Más tarde se trasposó la Red de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (R.D. 1949/80 de 31 de Julio) y, finalmente, los servicios y funciones del INSALUD (R.D. 1517/81 de 8 de Julio), cuya gestión fue encomendada al Institut Cata-

là de la Salut (ICS), creado en 1983 y que está sometida a la dirección y control del Departament de Sanitat i Seguretat Social.

En definitiva, la Generalitat ha asumido un conjunto de funciones que comprenden la planificación y gestión de prácticamente la totalidad de los servicios sanitarios en Catalunya, reservándose el Estado la legislación básica, la alta inspección, la gestión del Régimen Económico de la Seguridad Social y la Sanidad Exterior.

6. LA FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

La financiación de los servicios sanitarios públicos ha sido un motivo de conflicto permanente entre la Generalitat y el Gobierno Central desde que se inició el proceso de traspasos de competencias en sanidad a Catalunya. El punto más importante del conflicto ha sido la determinación del volumen de recursos financieros que el INSALUD debe transferir a la Generalitat para financiar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en Catalunya y que, a diferencia de los restantes servicios de la Administración Central traspasados, no se rigen por los criterios generales establecidos en la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA).

La indeterminación de los criterios de valoración de los servicios sanitarios del INSALUD transferidos, convirtió la cuestión en un tema de permanente negociación y conflicto político. Las valoraciones —y los correspondientes créditos— establecidos por el INSALUD entre 1981 y 1985 fueron sistemáticamente inferiores a las valoraciones y presupuestos aprobados por la administración catalana, lo que dió lugar, ejercicio tras ejercicio, a déficits iniciales que en posteriores negociaciones han sido absorbidos en parte por la Administración Central.

La Ley General de Sanidad de 1986 establece que la distribución del presupuesto del INSALUD entre Comunidades Autónomas se basará en el criterio de proporcionalidad respecto a la población protegida. En la práctica, se ha adoptado un criterio simplemente poblacional que se ha justificado por el elevado porcentaje que representa la población protegida sobre el total y a la inexistencia de datos fidedignos sobre la población protegida. Para evitar variaciones bruscas en los flujos de financiación, como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley, se estableció una adaptación progresiva que permitiese ajustar la diferencia entre el porcentaje de gasto inicial y el porcentaje de la población al ritmo de un 10% anual en un período de 10 años.

En el caso de Catalunya, ésto implica una reducción anual de 0,05 puntos del porcentaje de participación inicial, desde el 16,3 por ciento de 1984, hasta que se alcance el 15,857%, que representa el porcentaje

de la población de Catalunya respecto al total estatal. Este procedimiento, fruto de un acuerdo firmado por ambas administraciones en 1986 y que debía mantenerse durante 10 años, ha sido puesto en tela de juicio por la parte catalana después que se firmase el acuerdo de transferencias del INSALUD al País Vasco en unas condiciones que suponen una ventaja comparativa, en términos de porcentaje de recursos obtenidos, para dicha comunidad autónoma.

Los resultados del procedimiento de financiación han sido, en primer lugar, la acumulación de un déficit sanitario en Catalunya que según estimaciones moderadas puede superar los 50.000 millones de pesetas, parte del cual ha sido trasladado a las instituciones concertadas —cuyas tarifas fueron congeladas en 1983— que a su vez lo han hecho recaer, de alguna manera, sobre la Administración Central en forma de impago de impuestos y contribuciones a la Seguridad Social, aunque ello no ha sido suficiente para evitar que algunos centros hayan tenido que cerrar o se encuentren en una situación de quiebra virtual.

El proceso de financiación ha provado también problemas a otros sectores de proveedores del sistema sanitario debido a que los retrasos en los pagos han generado graves situaciones de iliquidez a muchas empresas. En 1985 fue preciso detraer fondos de otros departamentos y ampliar el endeudamiento para hacer frente a la insuficiencia de los ingresos presupuestados para cubrir el gasto sanitario.

7. RECURSOS SANITARIOS

Los recursos físicos más conocidos y característicos de la asistencia sanitaria son los hospitalarios, pero ciertamente no son los únicos. En la tabla 5 puede observarse los centros sanitarios extrahospitalarios, es decir, los que prestan asistencia en régimen ambulatorio o abierto y no integrada en una estructura hospitalaria. Estos centros ofrecen una variada gama de servicios, desde la medicina general o la especializada hasta la salud mental, la planificación familiar o bien los centros para obtener certificados para los carnets de conducir.

Otro tipo de centro muy importante en la asistencia sanitaria es la farmacia. En Catalunya existen 2.670 farmacias lo que da una tasa de una farmacia por cada 2.500 habitantes. Esta cifra supone una densidad bastante elevada en comparación con la mayoría de países europeos.

Una singularidad de la estructura sanitaria catalana respecto a la del resto del estado es el predominio de la oferta hospitalaria privada, mayoritariamente no lucrativa, respecto a la pública. Esta situación, posibilitada por la tradicional importancia histórica de la iniciativa sanita-

ria privada en Catalunya, se consolidó en las etapas iniciales de desarrollo de la Seguridad Social, cuyas entidades gestoras de la asistencia sanitaria optaron por hacer un amplio uso de los hospitales privados así como de los de otras administraciones públicas, limitando paralelamente el esfuerzo inversor en Catalunya.

El sector hospitalario catalán está formado por 177 centros de tamaño y situación muy variada. Estos centros disponían en 1984 de un total de 28.849 camas y de 47.090 trabajadores. El gasto global de este sector fue de 116.416 millones de pesetas. Estos datos hacen del sector hospitalario un sector importante dentro de la economía catalana.

En Catalunya existe un tercio de las camas privadas de España y solo un 6,8% de las camas públicas. (tabla 6)

El nivel de equipamiento en hospitales se acostumbra a medir por el número de camas que existen respecto a la población. La tasa de camas por mil habitantes en 1984, era de 4,8 en Catalunya, y de 4,7 en España. (tabla 7)

Esta tasa ha descendido en estos últimos años como consecuencia del cierre de pequeños hospitales que no disponían de los medios suficientes para mantener unos servicios de calidad.

8. PERSONAL SANITARIO

Según el censo de población de 1981, 50.957 personas, el 2,75% de la población ocupada en Catalunya, trabajaban en el sector de sanidad y servicios veterinarios. Esta cifra incluye tanto a los profesionales sanitarios como a los no sanitarios. Este mismo año, el número de profesionales sanitarios colegiados se elevaba a 47.307, aunque estas cifras no son estrictamente comparables dado que un número significativo de colegiados no ejerce. (tabla 8)

España se ha convertido en los últimos años en uno de los países de mayor densidad de médicos por habitante. En 1981 ya ocupaba el primer lugar entre los países de la OCDE, con un índice de 2,6 médicos por 1.000 habitantes; Catalunya superaba ligeramente esta cifra con 2,7 médicos por 1.000 habitantes.

Posteriormente el crecimiento de la oferta de médicos ha continuado a un ritmo elevado con lo que en 1986 el número de médicos por 1.000 habitantes se elevó a 3,4 y 3,6 para el conjunto del Estado y Catalunya respectivamente.

Esta evolución es la causa principal de las crecientes cifras de paro que sufre el sector, que en el caso de Barcelona es estimado por el Colegio de Médicos en un 22% de los colegiados de la provincia. El problema no parece fácil de solucionar en un futuro próximo, dadas las modestas

perspectivas de aumento del empleo tanto en el sector público como en el privado, y la relativamente baja edad del colectivo, del que un 65% tiene una edad inferior a los 40 años.

Esta solución de exceso de la oferta global de médicos se invierte en el caso de algunas especialidades concretas. Por lo que respecta a odontología por ejemplo, la situación catalana parece claramente deficitaria en relación a los países europeos. A pesar del crecimiento experimentado entre 1980 y 1986 que ha llevado a doblar el número de estos especialistas en Catalunya, nos encontramos todavía con una densidad de 1,6 estomatólogos por 10.000 habitantes, muy lejos de los niveles europeos —la media en la CEE está situada en 5,25.

Sin embargo, es presumible que la situación de déficit de estos profesionales varíe en el futuro como consecuencia de la nueva estructuración de las funciones relacionadas con la salud dental y la creación en 1986 de nuevas especialidades profesionales de este campo.

También existen déficits en diversas especialidades no clínicas, como la salud pública y la epidemiología, especialmente si se cumplen las propuestas contenidas en la Ley General de Sanidad, de potenciar estas áreas de los servicios sanitarios.

9. SITUACIÓN ACTUAL Y PROCESO DE REFORMA DE LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA EN CATALUNYA

La asistencia extrahospitalaria en Catalunya se caracteriza por la gran heterogeneidad de los centros que la imparten, tanto por lo que se refiere a la finalidad de los centros como a su propiedad o dependencia jurídica.

Pueden distinguirse dos redes diferenciadas:

- a) La asistencia sanitaria dependiente del sector público, integrada fundamentalmente por la organización asistencial de la Seguridad Social.
- b) La asistencia privada, impartida a través de las formas institucionales de asistencia o centros privados.

La red básica de la asistencia extrahospitalaria de la Seguridad Social está constituida por 143 centros de Asistencia Primaria (CAP), de los cuales 110 están dedicados a medicina general y pediatría, y 33 especialidades médicas y quirúrgicas. Hay también 2 centros de características especiales localizados en la ciudad de Barcelona.

Además de los centros de la Seguridad Social ya nombrados, hay 37 centros concertados donde presta asistencia personal sanitario de la plantilla de la Seguridad Social. Entre los centros concertados destacan los consultorios municipales.

La mayoría de centros están localizados en las zonas más pobladas,

así, el área que comprende las comarcas del Barcelonés, Baix Llobregat, Vallès occidental, Vallès Oriental y Maresme, dispone del 27% de los centros propios de la Seguridad Social, y atiende un volumen de cartillas que representa el 68% del total de Catalunya. El resto de los centros se sitúan preferentemente en las capitales de provincia y también en cabeza de comarcas.

Fuera del horario del médico de cabecera, la asistencia se da a través del servicio de urgencia, que está organizado en tres niveles asistenciales de acuerdo con el tamaño de la población. El primer nivel corresponde a las poblaciones de menos de 5.000 titulares y es el mismo médico de cabecera quien presta la asistencia urgente. Pueden agruparse varios médicos de cabecera para hacer turnos de guardia. El segundo nivel corresponde a los municipios de más de 5.000 titulares y menos de 90.000 y consiste en un servicio específico denominado Servicio Ordinario de Urgencias. Este servicio dispone de médicos, ATS y celadores en número proporcional a la población atendida. Las poblaciones grandes disponen de unos Servicios Especiales de Urgencias formados por un centro directivo que recibe las llamadas telefónicas y las remite a unos centros periféricos donde se encuentran médicos del servicio con una red de vehículos propios.

El titular de la asistencia sanitaria es el trabajador o pensionista, que recibe un documento acreditativo llamado "cartilla" en donde se relacionan los beneficiarios de aquel titular. Cada titular está adscrito a un médico de cabecera y éste cobra unos honorarios mensuales en función del número de titulares que tiene en su lista. El número de titulares por médico está limitado reglamentariamente entre 750 y 1.000, pero estos límites, en algunos casos, son superados.

El número de titulares es un indicador limitado de la carga de trabajo del médico, ya que el número de beneficiarios por titular es muy variable según las áreas. Pero incluso el mismo número de titulares y beneficiarios puede representar una demanda muy diferente según las características sociodemográficas de aquéllos, (edad, sexo, nivel de renta, etc.).

Otro tipo de servicio que ofrece la Seguridad Social es la asistencia especializada, con quince especialistas diferentes. Las especialidades están agrupadas por niveles: el primer nivel lo forman las especialidades de digestivo, cirugía, pulmón y corazón, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, odontología, radiología y análisis clínicos; el segundo nivel está formado por dermatología, urología, ginecología y neuropsiquiatría, y el tercer nivel lo forma una única especialidad: endocrinología.

El personal médico de la Seguridad Social que trabaja en el campo extrahospitalario era de 5.922 personas en el año 1985 (tabla 9). Los

médicos generalistas eran mayoritarios (41 %) seguidos de los especialistas (36%). Las especialidades se detallan en la tabla 10 juntamente con el número de profesionales en cada especialidad. Las especialidades más dotadas eran traumatología y cirugía.

El personal de enfermería de la Seguridad Social era de 3.975 profesionales en el año 1985 (tabla 11). En la atención primaria trabajaban además 1.916 personas en diferentes categorías. En total, la atención primaria contaba con 11.813 profesionales que se reparten en un 50% de personal médico, un 34% de personal de enfermería y el resto de otros profesionales.

La dotación de los Servicios de Urgencias de la Seguridad Social en Catalunya el año 1981 estaba constituida por 47 Servicios Ordinarios de Urgencias, localizados en las poblaciones con más de 5.000 cartillas y 4 Servicios Especiales de Urgencias, situados en núcleos de población con más de 90.000 cartillas. Estos últimos, están dotados cada uno de ellos de un centro directivo y diversos centros periféricos.

Además de los servicios de urgencias propios, la Seguridad Social tiene 3 servicios de urgencias en régimen concertado, en los cuales el personal pertenece a la plantilla de la Seguridad Social.

Las atenciones prestadas más frecuentemente por estos servicios son las visitas médicas, primeros auxilios, pequeñas curas y la administración de tratamientos, llevados a cabo en el centro o en el domicilio del enfermo. En los casos de enfermos graves, se ocupan del traslado del paciente a un centro hospitalario.

Los Servicios Ordinarios no disponen de vehículos para el traslado del personal sanitario ni de los enfermos. Los Servicios Especiales tienen vehículos que hacen el servicio de traslado del personal sanitario al domicilio del enfermo.

Los Servicios de Urgencias tienen mucha importancia entre los servicios extrahospitalarios de la Seguridad Social; de ellos dependen más de las 3/4 partes de las cartillas de Catalunya para la asistencia sanitaria extrahospitalaria fuera de las horas de funcionamiento de los centros de asistencia primaria. El resto de cartillas son atendidas por los médicos de las localidades donde no existen centros de la Seguridad Social.

La reforma de la atención primaria de la Seguridad Social se basa en tres ejes básicos: el trabajo en equipo, el centro de atención primaria y la integración de la prevención con la asistencia.

El trabajo tradicional de la atención primaria era individual; tanto el médico como la enfermera trabajaban individualmente. La Reforma instituye el trabajo en equipo; un grupo de médicos, enfermeras y otro personal sanitario forman un equipo de atención primaria. Este equipo está dirigido por un coordinador y disponen de instrumentos organizativos e informativos para dar una atención global al paciente.

El segundo eje de la reforma consiste en asignar a un equipo de atención primaria, de un grupo definido de población limitada geográficamente. El equipo se ubica físicamente en un Centro de Asistencia Primaria. La responsabilidad asistencial de un grupo geográfico permite al equipo un trabajo epidemiológico de conocimiento de la población y también el establecimiento de una serie de programas de Promoción de la Salud, que constituyen el tercer eje de la reforma. La promoción de la salud se integra en los trabajos asistenciales y se evita la desconexión que existe en la actualidad.

La actividad principal del hospital es la atención médica en régimen de hospitalización, pero conjuntamente con este servicio tradicional puede constatarse el crecimiento de servicios que permiten al hospital ofrecer el mismo nivel y calidad asistencial pero sin requerir el aislamiento del enfermo. Estos servicios se conocen con el nombre genérico de servicios ambulatorios, y dentro de ellos los dos más desarrollados son las consultas externas y las urgencias.

El número de enfermos que fueron dados de alta en los hospitales catalanes durante 1984 es de 602.153. En consultas externas el número de enfermos que fueron atendidos es de 1.042.918; finalmente por los servicios de urgencias pasaron 1.891.588 pacientes.

El cliente más importante de los hospitales catalanes es la Seguridad Social, que financió el 70% de los enfermos dados de alta; en segundo lugar se encuentran las entidades aseguradoras voluntarias, que financiaron el 19%, mientras que el resto de pacientes (11%) se pagaron directamente los gastos o bien no tenían recursos económicos y se hizo cargo de sus gastos alguna institución benéfica.

Los servicios médicos que ofrecen los hospitales dependen de la capacidad y especialización de sus equipos sanitarios. En la tabla 12 se presenta el número de camas y de enfermos dados de alta en cada una de las especialidades. Además de las camas relacionadas se contabilizaron 515 cunas.

El número más importante de camas corresponde a la especialidad de cirugía con un 32,7% y en esta especialidad se atienden el 42% de los enfermos. La segunda especialidad en número de camas corresponde a la psiquiatría, con un 22,6%, que por el contrario, atienden un número muy pequeño de enfermos (12.061). Los enfermos psiquiátricos están atendidos durante largos períodos y por tanto, una misma cama está utilizada por muy pocos enfermos a lo largo del año. Para cada cama de psiquiatría pasaron 1,85 enfermos el año 1984, mientras que por una cama de cirugía pasaron casi 27.

La mayor parte de los hospitales se dedican a la atención de los enfermos agudos, es decir, a aquellos enfermos que tienen una estancia media menor al mes. Además de los centros de agudos existe un grupo

importante de hospitales que están dedicados solamente a los enfermos psiquiátricos. En el sector hospitalario dedicado a los enfermos agudos, el grupo más importante es el que atiende a los beneficiarios de la Seguridad Social. Este grupo se conoce como Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) y los 66 hospitales que la forman fueron determinados por el Decreto 202/1985 de 15 de Julio y decretos posteriores.

La XHUP, en el año 1984 estaba formada por 16.129 camas, 34.241 personas, y tenía un gasto global de 91.310 millones de pesetas. Si comparamos estas cifras con el total de hospitales catalanes, encontramos los resultados siguientes: las camas de la XHUP representan el 56% del total, mientras que el personal es el 73% y el gasto el 78%. La XHUP representa un volumen importante de la hospitalización catalana.

El número de enfermos dados de alta en los hospitales de la XHUP fue de 440.103 en el año 1984, que representan un 73% de los enfermos hospitalizados en Catalunya. El número de enfermos visitados en consulta externa fue de 770.385 i el número de urgencias de 1.663.038. Estas cifras representan, respectivamente, un 74% y un 88% del total de Catalunya. La Seguridad Social financió la mayor parte de los enfermos dados de alta, un 86%, mientras que las mútuas financiaron un 9% y el resto fue privado o benéfico.

La distribución de camas en Catalunya es inadecuada en dos aspectos. En primer lugar hay un buen número de camas en Barcelona y en las ciudades grandes, pero por contra faltan camas en algunas comarcas. El segundo desequilibrio es tecnológico: hay muchas camas sofisticadas y caras, mientras que hay muy pocas en hospitales básicos.

En la tabla 13 se presentan las camas de agudos de la XHUP según el área de gestión del ICS. Esta tabla indica que las áreas correspondientes a Girona, Lleida y Tarragona tienen una cobertura de alrededor de las 2 camas por mil habitantes, que es inferior a la media catalana del 2,6. En estas áreas también hay fuertes desequilibrios entre las respectivas capitales y la periferia. El área de Barcelona ciudad tiene la dotación más elevada de Catalunya con 3,66 camas por mil habitantes, mientras que el Barcelonés Nord y Maresme, no llega ni a la mitad, 1,46 camas.

La mayor parte de las enfermedades que padece la población son sencillas y requieren una hospitalización básica, de nivel 1 y 2A, tabla 14. Se ha llegado a cuantificar en el 80% los enfermos que podrían ser atendidos en estos hospitales, pero en cambio solamente se dispone de un 34% de las camas. Como consecuencia de ello, enfermedades sencillas son tratadas en hospitales sofisticados con unos costes muy elevados y una deficiente utilización de los recursos.

Los dos desequilibrios que presentan los hospitales de la XHUP, geográfico y tecnológico, originan unos costes muy superiores a los que se darían con una distribución más correcta. La mala distribución geo-

gráfica hace que los habitantes de muchas comarcas de Catalunya hayan de trasladarse lejos de su casa para obtener asistencia hospitalaria y puedan sufrir un sentimiento de desprotección debido a la lejanía del centro hospitalario. Es difícil medir los costes de la mala distribución geográfica porque son soportados por los propios habitantes y tradicionalmente la autoridad sanitaria no había tomado conciencia de este hecho.

Los costes de la distribución tecnológica se traducen en un coste por enfermo más elevado del que sería necesario, y este coste está pagado directamente por el sistema sanitario. El coste de atender a un enfermo en un hospital de nivel básico era en 1984 de 106.000 pesetas, mientras que un enfermo en un centro sofisticado tenía un coste medio de 222.000 pesetas. Cada enfermo que podía ser atendido en un centro básico pero lo era en uno sofisticado, tenía un sobrecoste para el sistema evaluado en la diferencia entre las dos magnitudes anteriores.

Los dos tipos de mala distribución se superponen en el caso de la ciudad de Barcelona que es donde hay más camas y también donde las hay más sofisticadas. En la tabla 15 se hace un análisis conjunto de las dos magnitudes.

Todas las áreas de la tabla 15 tienen unos gastos por habitante inferior a la media de Catalunya, que en cambio es ámpliamente superada en la ciudad de Barcelona.

El grupo más importante de enfermos atendidos en el hospital tiene una edad entre 25 y 44 años, tabla 16. Esta proporción es más importante en las mujeres debido a la frecuencia de la atención obstétrica. En conjunto, las mujeres utilizan más el hospital que los hombres: un 55% de los enfermos ingresados en los hospitales son mujeres.

Las patologías más frecuentes en los hospitales son las obstétricas, seguidas de las digestivas, las génito-urinarias y las respiratorias; entre estos cuatro grupos se puede contabilizar el 49% del total.

El Plan de Reordenación Hospitalaria (PRH) nace como consecuencia de la congelación de los fondos económicos para la asistencia de la Seguridad Social que inciden de una forma más aguda en los centros hospitalarios y dentro de ellos, en los centros concertados, que padecen graves déficits que hacen peligrar su viabilidad económica. El PRH propone medidas coyunturales para evitar que los endeudamientos de los centros concertados ahoguen su supervivencia, pero también propone una serie de medidas estructurales, tanto para reducir los gastos hospitalarios como para distribuirlos más equitativamente entre la población.

El PRH propone redistribuir las camas hospitalarias para poder recomponer los graves desequilibrios territoriales y tecnológicos expuestos anteriormente, en base a reducir la proporción de las camas de alto nivel tecnológico y redistribuir las camas de forma que disminuyan en las áreas de gran dotación y que aumenten en las áreas menos dotadas.

El PRH también propone mejorar la eficiencia de los centros hospitalarios en base a mejorar la productividad del personal y de los medios materiales. Estas reformas de los hospitales agudos se complementan con la creación de una red para los enfermos crónicos que dará una atención más especializada a las personas que requieren este tipo de asistencia.

10. PERSPECTIVAS FUTURAS

La sanidad catalana, al igual que ocurre con la del conjunto del estado español y la de los países del mercado común, se encuentra en una encrucijada. Durante los decenios de los sesenta y setenta, la sanidad había crecido de forma constante. Por un lado los descubrimientos de la medicina ofrecían más y mejores servicios, y por otro lado el poder público podía ofrecer estos servicios al alcance de un mayor número de población gracias al incremento de la Seguridad Social. El sector sanitario crece de forma constante, especialmente el sector público que financia una parte cada vez más importante del conjunto.

La crisis económica de los setenta llega al sector sanitario y en general a los sectores sociales a principios de los años ochenta. Las prioridades cambian y ya no se trata de facilitar el acceso de la población a los servicios sino de controlar el incremento de los costes sanitarios. El sistema de controlar los costes sanitarios en los años 1983-84 y 85 fué el control presupuestario del organismo con mayor capacidad de gasto dentro del sector público: el INSALUD. Los mecanismos de control son los tradicionales de un sector público: congelación de salarios, congelación de las tarifas de los conciertos, nulas inversiones, aplazar pagos, etc.

Al mismo tiempo que se organizaba esta política de control del gasto, se iniciaba la siempre postergada reforma de la sanidad pública con la creación del Sistema Nacional de la Salud. Esta reforma requería un incremento del gasto sanitario público para hacerla efectiva, ya que se pretendía universalizar la asistencia, integrar la prevención y facilitar algunos servicios que previamente no eran ofrecidos como la salud mental o la dental. La contradicción entre una política coyuntural de control del gasto y una reforma que lo debería aumentar se tradujo en una serie de disposiciones de la Ley General de Sanidad tendentes a retrasar su puesta en funcionamiento hasta que los presupuestos lo permitieran.

El tercer elemento clave de la presente situación sanitaria es la transferencia de los servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas. En la actualidad cuatro autonomías que, corresponden al 50% de la población española, gestionan los servicios sanitarios de la seguridad social. La descentralización del gasto sanitario es contradictorio con su

restricción, pues la descentralización tiende naturalmente al incremento, ya que la autoridad que gestiona está más próxima al usuario y es por lo tanto más sensible a sus necesidades. Por otro lado el sistema de financiamiento del INSALUD, con un presupuesto en parte abierto, y una distribución posterior a las autonomías, que no participan en la decisión sobre el montante del gasto, es claramente un incentivo al incremento.

En síntesis los, tres ejes de la política sanitaria reciente: autonomías, restricción del gasto y sistema nacional de la salud, tienen claros signos contradictorios. La restricción del gasto público se quebró por el punto más débil: los salarios de los médicos, quienes tras las huelgas del año 1987 vieron aumentar de forma sustancial sus salarios.

El debate entre gobierno central y autonomías respecto al gasto del INSALUD se cerró en general a favor del gobierno central con una superior capacidad financiera y política, ya que es él quien asigna los fondos. En un solo caso la partida se cerró de forma favorable a la autonomía y este fué en el caso de Euskadi donde la aplicación del sistema de cupos fué favorable al gobierno autonómico.

El último factor estratégico es el debate sobre la privatización.

A mediados de los años setenta empezó a tomar cuerpo un fuerte movimiento de crítica del Estado del Bienestar, y en favor de la privatización de determinados servicios y funciones que el sector público había ido asumiendo. El sistema sanitario catalán no ha sido una excepción a esta tendencia. Sin embargo, a diferencia de otros países en los que la defensa de la privatización se fundamenta en filosofías e ideologías de carácter individualista, proponiendo una reducción de la financiación pública en favor de la privada, en Catalunya las propuestas privatizadoras se centran casi exclusivamente en la provisión. Las asociaciones de profesionales —especialmente los colegios de médicos— y de entidades sanitarias —hospitales y entidades de seguros— defienden, de hecho, un modelo de financiación público con provisión mixta que permita al usuario elegir entre proveedores públicos y privados, los cuales deberían competir en igualdad de condiciones. No se trata tanto de una ofensiva de ideologías liberal-conservadoras al estilo de los casos británico y estadounidense, por poner los ejemplos más evidentes, sino de una reacción defensiva de los sectores productores de servicios sanitarios ante el eventual desarrollo de un modelo de sanidad pública, tipo Servicio Nacional de Salud.

El peso y tradición del sector sanitario no público en Cataluña unido a la ideología de los partidos que gobiernan en dicha Comunidad Autónoma, son todos ellos factores que favorecen el desarrollo en la misma de fórmulas mixtas, especialmente en la provisión, pero también en la financiación de los servicios sanitarios.

Recientemente, el Ministerio de Sanidad y Consumo se ha manifestado abiertamente en favor de una delimitación precisa del conjunto de servicios cuya financiación debe correr a cargo del sector público, así como de una mayor participación del usuario en el pago de dichos servicios, en base a extender a otras prestaciones el tiquet moderador que actualmente se aplica a las prestaciones farmacéuticas. Esta política —aunque parece estar motivada más por factores presupuestarios que por factores ideológicos— supone un cambio importante en el enfoque que parecía prevalecer hasta hace poco en la política del partido en el gobierno, que apuntaba hacia la consecución de un Servicio Nacional de Salud al estilo británico o sueco, prácticamente gratuito para los usuarios, en el que los pagos directos de los mismos tenían un papel marginal de carácter más bien simbólico.

Si estas tendencias se consolidan tendrán indudablemente un impacto importante en el sector sanitario catalán, dado que la política sanitaria catalana, a pesar de la relativa autonomía que le garantiza el ordenamiento jurídico, debe moverse necesariamente dentro del margen de maniobra que establece la legislación básica del Estado.

BIBLIOGRAFÍA

- ROVIRA, J. (1987): *Estudi sobre l'assistència sanitària en règim d'assegurança lliure a Catalunya*. Barcelona (informe no publicado).
- INSTITUTO DYM, S.A. (1984): *Informe Estudi: la salut a Catalunya*. Barcelona.
- RODRIGUEZ, M. (1987): *La despesa sanitària a Catalunya: 1982-1984*. Salut Catalunya, Vol. 2 nº 2, pp. 52-55.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL GENERALITAT DE CATALUNYA (1986): *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 1986*. Barcelona.
- BOHIGAS, L.; ORIOL, A.; LAPORTE, J. (1987): *El Pla de Reordenació Hospitalària a Catalunya*. Revista Econòmica Banca Catalana. Núm. 81 pp. 40-53.
- BOHIGAS, L.; ORIOL, A. (1987): *Organització sanitària assistencial a Catalunya*. Revista Sant Pau. Núm. 2, pp. 89-97.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. GENERALITAT DE CATALUNYA (1985): *Planificació Sanitària Pública a Catalunya*. Desplegament del Mapa Sanitari 1983.
- DEPARTAMENT DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL. *Memòria del Departament de Sanitat i Seguretat Social*. Memòries 1986.

TABLA 1

El finançament de la despesa sanitària a Catalunya, segons la font de finançament. 1982, 1983 i 1984.

	1982		1983		1984	
	Milions de ptes.	%	Milions de ptes.	%	Milions de ptes.	%
Generalitat i						
Administració						
Central	6.017,3	2,8	6.639,8	2,8	8.370,0	3,2
Seguretat Social						
(Institut Català						
Salut) (a)	121.929,6	57,7	135.573,6	57,4	149.143,7	57,2
Diputacions	5.631,7	2,7	6.178,5	2,6	7.386,7	2,8
Ajuntaments	7.795,7	3,7	7.582,9	3,2	7.884,2	3,0
Mutualitats						
Públiques (b)	10.206,7	4,8	11.335,0	4,8	11.885,1	4,6
Institucions Privades						
Sense Fi de						
Lucre (IPSEL)	127,8	0,1	157,1	0,1	253,6	0,1
Famílies	59.681,4	28,2	68.822,8	29,1	75.931,8	29,1
Total	211.390,2	100,0	236.292,7	100,0	260.855,1	100,0

(a) Les xifres dels anys 1982 i 1983 difereixen de les liquidacions comptables del Departament d'Economia i Finances, sobretot pel que fa a l'any 1983 en que seguint les normes de la llei 3/1983 es van liquidar despeses corresponents a 1981 i 1982. També, cal esmentar que a les xifres de despesa hem restat els ingressos per serveis hospitalaris prestats a altres entitats (mútues, per exemple) o a particulars. Aquests ingressos s'han estimat en 447,1 milions pel 1982, 558,7 milions el 1983 i 766,9 milions el 1984.

(b) Inclou: Mútues Patronals d'Accidents de Treball, Institut Social de la Marina, MUFACE, ISFAS, PAASIS, PAMEM i OSME.

TABLA 2

Despesa sanitària total segons qui fa la provisió dels serveis.
1982, 1983 i 1984 (percentatges)

	1982	1983	1984
Generalitat i Administració			
Central	2,6	2,5	2,6
Seguretat Social (ICS)	25,2	26,3	26,4
Diputacions	4,9	5,0	5,2
Ajuntaments	4,1	4,1	4,1
Mutualitats Públiques	2,9	2,8	2,6
Institucions Privades Sense Fi de Lucre	18,7	19,8	20,0
Sector privat	41,6	39,5	39,1
Total %	100	100	100
Milions de ptes.	211.390,2	236.292,7	260.855,1

TABLA 3

Despesa sanitària total, segons el tipus d'assistència. 1982, 1983 i 1984.

	1982	1983	1984
Assistència hospitalària	42,3	41,7	42,6
Assistència extrahospitalària	51,3	52,2	51,3
Ensenyament i recerca	0,8	0,8	0,8
Salut pública	3,4	3,2	3,3
Despeses generals	2,2	2,1	2,0
Total %	100	100	100
Milions de ptes.	211.390,2	236.292,7	260.855,1

TABLA 4

Consum privat en sanitat. 1980/81.
Despesa mitjana per persona segons tipus.

	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Catalunya	Espanya	Index (1) Cat./Esp.
Medecines i altres productes farmacèutics	2.699	1.774	1.335	1.787	2.467	1.786	138
Aparells ortopèdics i altres	671	628	510	580	650	481	135
Serveis mèdics, infermeres i altres	2.228	5.110	1.897	1.766	2.395	2.278	105
Atencions hospitalàries i similars	420	111	170	6 (2)	346	189	183
Primes d'assegurances i mutues	1.723	2.134	3.243	1.332	1.811	765	237
Despeses no desglossables	7	—	301	59	28	83	34
Total	7.748	9.757	7.456	5.530	7.697	5.582	138

Font: INE. *Encuesta de presupuestos familiares 1980/81. Tomo IV. Volumen 9. Cataluña* Ed. 1984.

(1) Base Espanya = 100 per cada tipus de despesa.

(2) Cal anar en compte amb aquesta xifra excepcionalment baixa perquè pot trobar-se afectada per un error de mostratge.

Pesetes

TABLA 5

Equipament extrahospitalari. 1984.
Centres per sectors de propietat i tipus d'assistència.

	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Catalunya
Sectors de propietat	893	115	64	127	1.199
públic	302	52	20	50	424
privat	534	31	31	47	643
Creu Roja	57	32	13	30	132
Tipus d'assistència	893	115	64	127	1.199
consultoris i similars	228	41	12	40	321
centres de tractament	310	26	25	23	384
centres de diagnostic	200	7	11	24	242
centres planificació familiar	34	2	1	3	40
Creu Roja, centres d'ajut	49	30	13	30	122
altres centres	72	9	2	7	90

Font: Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Informació proporcionada directament.

TABLA 6
Equipament hospitalari. 1984.
Total de centres i llits per sectors de propietat (1).

	Barcelona		Girona		Lleida		Tarragona		Catalunya		Espanya (2)		Cat/Esp.	
	c	II	c	II	c	II	c	II	c	II	c	II	c	II
Sec. públic	19	5.270	5	1.194	4	570	6	1.228	34	8.259	354	120.676	9.6	6.8
Sec. privat	104	16.522	15	967	9	562	15	2.539	143	20.590	539	61.309	26.5	33.6
Total 1984	123	21.792	20	2.158	13	1.132	21	3.767	177	28.849	893	181.985	19.8	15.8
Total 1983	128	21.558	21	2.080	14	1.166	22	3.836	185	28.640	1.024	180.024	18.0	15.9
Total 1982	131	22.017	21	2.106	15	1.166	22	4.055	189	29.344	1.050	189.450	18.0	15.5
Total 1981	130	22.009	21	2.166	15	1.211	24	4.201	190	29.587	1.054	193.895	18.0	15.3
Total 1980	133	22.321	23	2.272	14	1.320	24	4.047	194	29.960	1.084	201.035	17.9	14.9

Fonts: Catalunya Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Informació proporcionada directament.
 Espanya Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. *Memoria estadística 1984-1985*. Ed. 1986.
 INE. *Anuario estadístico de España*.

(1) Llits en funcionament.

(2) Dades de 1985. No s'hi han comptat els hospitals militars per tal de fer la informació comparable.

TABLA 7

Equipament hospitalari. 1984.
Taxa: total llits per 1.000 habitants.

	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Catalunya	Espanya
Sector públic	1.1	2.5	1.6	2.3	1.4	3.1
Sector privat	3.6	2.0	1.6	4.9	3.4	1.6
Total 1984	4.7	4.5	3.2	7.2	4.8	4.7
Total 1983	4.7	4.3	3.3	7.4	4.8	4.9
Total 1982	4.8	4.5	3.3	7.9	4.8	5.0
Total 1981	4.8	4.6	3.4	8.0	5.0	5.1
Total 1980	4.9	5.2	4.3	7.9	5.3	5.4

Font: Elaboració pròpia a partir de la taula 17.08.

TABLA 8

Profesionales sanitarios colegiados

	Catalunya		
	1981	1985	1986
Médicos	16.152	20.840	21.456
Odontólogos/ Estomatólogos	673	1.093	960
Farmacéuticos	4.355	4.950	5.117
Veterinarios	840	1.290	1.070
ATS/Diplomados en enfermería	25.287	25.380	25.363
TOTAL	47.307	53.553	53.966

Fuente: INE. Anuario Estadístico.

TABLA 9

**PERSONAL MÈDIC DE LA SEURETAT SOCIAL EN
EXERCICI EXTRAHOSPITALARI (1985)**

	Nombre	%
Metges generals quota	1.762	30
Metges generals APD	647	11
Pediatres	607	10
Especialistes	2.111	36
Ajudants equip quirúrgic	367	6
Urgències	328	7
Total	5.922	100

Font: Generalitat de Catalunya.

TABLA 10

PERSONAL MÈDIC ESPECIALISTA DE LA SEURETAT SOCIAL (1985)

Obstetricia	128
Odontologia	167
Digestiu	155
Pulmó i cor	155
Dermatologia	89
Neuropsiquiatria	85
Endocrinologia	52
Pediatría de consulta	7
Anàlisis clínics	155
Radiologia	133
Cirurgia	211
Oftalmologia	177
ORL	167
Traumatologia	212
Ginecologia	110
Urologia	108
Total	2.111

Font: veure Taula IV.

TABLA 11

**PERSONAL NO MÈDIC DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA
DE LA SEGURETAT SOCIAL (1985)**

Personal d'infermeria	3.975
Administratius	248
Auxiliars	697
Manteniment	114
Zeladors	814
Personal neteja	79
Assistents socials	3
Altres	18
Total	5.891

Font: veure taula IV.

TABLA 12

**LLITS HOSPITALARIS I MALALTS DONATS D'ALTA
SEGONS ESPECIALITATS (1984)**

Servei	Llits	%	Altes*	%
Medicina	5.528	19,2	140.460	22,8
Cirurgia	9.441	32,7	254.541	41,5
Obst.-Gin.	2.521	8,7	114.370	18,6
Pediatría	1.625	5,6	70.864	11,6
Psiquiatria	6.511	22,6	12.061	1,9
Llarga estada	2.125	7,4	3.308	0,5
UVI	608	2,1	14.672	2,4
Altres	490	1,7	4.215	0,7
Total	28.849	100	602.153	100

Font: Generalitat de Catalunya.

* La suma d'altes per serveis no coincideix amb el total d'altes degut a que existeixen trasllats entre serveis que es compten dues vegades.

TABLA 13

**LLITS AGUTS DELS HOSPITALS DE LA XHUP SEGON ÀREES DE
GESTIÓ DE L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT (1984)**

Àrea gestió	Llits	Llits/1.000 hab.
Lleida	670	1,9
Tarragona + Tort.	1.027	2
Girona	891	1,9
Costa de ponent	2.583	2,39
Bnès. nord + Maresme	962	1,46
Centre	2.976	2,64
Bcna. ciutat	6.427	3,66
Total	15.536	2,6

Font: Generalitat de Catalunya.

TABLA 14

LLITS DE LA XHUP SEGONS NIVELL ASSISTENCIAL (1984)

Nivell	Llits	%
1	1.162	8
2A	3.831	26
2B	4.943	32
3	1.883	30
3M	550	4

Font: Generalitat de Catalunya.

TABLA 15

**DESPESA TOTAL PER HABITANT DELS HOSPITALS DE LA
XHUP SEGONS ÀREA GEOGRÀFICA (1984)**

Àrea	Despesa tot.*	Despesa/habitant**
Lleida		
Lleida	2.836	8.036
Tarragona + Tortosa	4.776	9.311
Girona	3.848	8.195
Costa ponent	15.354	14.204
Barcelonés Nord + Maresme	4.759	7.207
Centre	13.154	11.671
Barcelona ciutat	46.583	26.549
Total	91.310	15.218

Font: Generalitat de Catalunya.

* milions de ptes.

** pessetes

TABLA 16
INGRESSOS HOSPITALARIS SEGONS EDAT I SEXE A CATALUNYA (1982)

Edat	Ingressos (estimació)			Taxa (ingressos 1.000 h. i any)		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
1	9.736	6.663	16.399	225	163	195
1 - 4	19.581	13.463	33.043	98	71	85
5 - 14	36.299	22.443	58.742	70	46	58
15 - 24	24.167	45.471	69.638	52	99	75
25 - 44	43.771	108.750	152.521	56	140	98
45 - 64	66.694	60.158	126.852	104	87	95
65 - 74	27.915	25.269	53.184	160	106	129
75	20.119	22.795	42.915	229	147	177
Total	248.281	305.012	553.294	85	100	93